แบบ 7137

**ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (กรณีสถานพยาบาลเป็นผู้เบิกเงิน)**

ตามหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลของ........................................ที่................./.................

ลงวันที่..................เดือน.........................พ.ศ. ................หรือเลขอนุมัติยืนยันการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล เลขที่................................รับรองการเข้ารับการรักษาพยาบาลของ................................................เลขประจำตัวประชาชน

หรือเลขที่ประจำตัวประเภทอื่น.............................................

ได้มาขอรับการรักษาพยาบาลจาก....................................ตั้งแต่วันที่................เดือน.................................พ.ศ. .................

ถึงวันที่.............เดือน....................พ.ศ. ............. รวม ..................วัน ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | รายการ | จำนวนเงิน | | หมายเหตุ |
| 1.  2.  3  4.  5  6.  7.  8.  9.  10.  11.  12.  13.  14.  15.  16. | ค่าห้อง/ค่าอาหาร  อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค  ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล  ยากลับบ้าน  เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา  บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต  ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา  ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา  ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ  อุปกรณ์ของและเครื่องมือทางการแพทย์  ผ่าตัด ทำคลอด ทำหัตถการ และบริการวิสัญญี  ค่าบริการทางการพยาบาล  ค่าบริการทางทันตกรรม  ลบริการทางกายภาพบำบัด  บริการฝังเข็ม/การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ  บริการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล |  |  |  |
|  | รวมทั้งสิ้น |  |  |  |

จำนวนเงิน.........(ตัวอักษร)..............บาท

ขอรับรองว่า ค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามที่ขอเบิกตามคำขอเบิกเลขที่.................................................................................

(ลงชื่อ)........................................... (ลงชื่อ).................................................

(...................................................) (.........................................................

หัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เจ้าหน้าที่การเงิน